



Information sur la mise en œuvre de l'initiative sur les soins 1ère étape

07.06.2024

Le Conseil fédéral a informé le 8 mai 2024 sur la mise en œuvre de l'initiative sur les soins 1ère étape :

[Communiqué de presse](#)

Les contenus centraux sont

- [L'offensive en matière de formation](#)
- [la facturation directe de certaines prestations de soins](#)
- le [programme d'encouragement de l'efficacité dans le domaine des soins médicaux de base](#) (ESMB)

En même temps que les modifications de l'ordonnance, [des commentaires généraux](#) ont été publiés. Les modifications entreront en vigueur le 1er juillet 2024.

Aide et soins à domicile Suisse examine l'impact des dispositions sur les processus de l'Aide et soins à domicile. Les explications suivantes présentent une évaluation concernant la facturation directe des prestations de soins. L'objectif est de tenir compte des nouveautés. Les processus existants doivent être adaptés et modifiés lorsque les modifications de l'ordonnance l'exigent ou lorsqu'une modification s'avère judicieuse.

Facturation directe de certaines prestations de soins

[Nouveaux articles de l'ordonnance OPAS](#)

Art. 8a, al. 1^{bis} OPAS

Les infirmières, infirmiers ou les organisations d'aide et de soins à domicile pourront à l'avenir facturer les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination (OPAS-A) et les soins de base (OPAS-C) **sans mandat/prescription médical(e)**. La base de la fourniture et de la facturation des prestations de soins selon l'OPAS reste l'évaluation des besoins, réalisée par une infirmière ou un infirmier. C'est sur cette base que la planification des soins est établie.

Si l'évaluation des besoins ou la planification des soins aboutit exclusivement à **des prestations OPAS A et OPAS C** (conformément à l'art. 7, al. 2, OPAS), il n'est certes pas nécessaire d'obtenir une signature médicale, mais le/la médecin de famille doit impérativement être informé(e) des mesures prévues.

Si l'évaluation des besoins révèle que **des prestations OPAS B** doivent être fournies en plus des prestations OPAS A et des prestations OPAS C, une signature médicale est nécessaire.

Pour l'organisation d'aide et de soins à domicile, cela signifie que, comme aujourd'hui, elle envoie dans les deux cas le formulaire de déclaration des besoins et la feuille de planification des prestations au médecin de famille. Dans le premier cas (prestations OPAS-A et OPAS-C exclusivement), uniquement pour information/prise de connaissance, dans le second cas (prestations OPAS-B) pour signature.

Changement pour les organisations d'aide et de soins à domicile ?

Les organisations d'aide et de soins à domicile peuvent continuer à utiliser leurs processus existants (transmission de la déclaration des besoins et de la planification des prestations au



médecin de famille) et se comportent ainsi conformément à la loi. Il est envisageable que dans les cas où **seules** des prestations OPAS A et OPAS C sont fournies, l'information au médecin de famille prenne une autre forme. Il n'existe pas de directives concrètes à ce sujet dans l'OPAS.

Art. 8, al. 8 OPAS

Dans les situations où l'organisation de soins à domicile fournit exclusivement des prestations OPAS A et OPAS C, c'est-à-dire des prestations sans prescription médicale, elle doit procéder à une réévaluation au plus tard après 9 mois. Au plus tard après 27 mois, c'est-à-dire après la deuxième réévaluation, elle doit soumettre au médecin de famille un rapport sur le déroulement des soins. Après la remise de ce rapport, le cycle recommence depuis le début, c'est-à-dire que l'organisation de soins à domicile peut à nouveau procéder à trois (ré)évaluations sans prescription médicale.

Ce rapport sert en premier lieu d'instrument de coordination et d'information entre l'organisation d'aide et de soins à domicile et le médecin de famille. Il doit également garantir que le médecin de famille puisse éventuellement prescrire d'autres prestations ou des médicaments nécessaires en cas de problèmes de santé persistants.

Changement pour les organisations d'aide et de soins à domicile ?

Les explications relatives à la modification de l'OPAS ne donnent pas d'indications spécifiques sur la manière de rédiger le rapport. Idéalement, il devrait se baser sur le dossier de soins existant. Dans l'optique d'une bonne collaboration interprofessionnelle, il est possible de se mettre d'accord avec le médecin de famille sur la forme que doit prendre le rapport. Dans la grande majorité des cas, on peut partir du principe qu'un échange professionnel entre le professionnel des soins à domicile et le médecin de famille a déjà lieu avant la fin des 27 mois.

Facturation

[Nouveaux articles d'ordonnance OAMal](#)

Art. 59, al. 3^{bis} OAMal

La facture adressée à l'assureur doit indiquer si les prestations de soins ont été fournies avec ou sans prescription ou mandat médical.

Changement pour les organisations d'aide et de soins à domicile ?

Une nouvelle norme de facturation doit être développée afin de refléter cette exigence dans la facturation. Les normes de facturation sont développées par l'organe spécialisé dans l'échange de données et adoptées par le forum sur l'échange de données. Tant les financeurs que les fournisseurs de prestations siègent dans ces organes. L'organe spécialisé dans l'échange de données est déjà en train d'élaborer une solution pour la mise en œuvre de l'article de l'OAMal. Aide et soins à domicile Suisse s'engage dans ce cadre pour une solution praticable et judicieuse.

Tant le développement et l'adoption d'une nouvelle norme que sa mise en œuvre dans les systèmes primaires prendront un certain temps. C'est pourquoi la facturation se fera provisoirement comme jusqu'à présent, même après le 1.7.2024. Aide et soins à domicile Suisse s'engage, dans le cadre de ses échanges avec les associations d'assureurs, à ce que celles-ci informent également leurs membres en conséquence.